Ueber

PERINEALHERNIEN

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät der Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Carl Heinrich Wolff

approb. Arzt

von Oberbronn (Elsass).

STRASSBURG

DRUCK VON G. FISCHBACH

1880

q

Ueber

PERINEALHERNIEN

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät der Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Carl Heinrich Wolff

approb. Arzt

von Oberbronn (Elsass).

STRASSBURG

DRUCK VON G. FISCHBACH

1880

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät zu Strassburg.

Referent: Professor Dr. LÜCKE.

Ueber

PERINEALHERNIEN

Obwohl über Hernien schon sehr viel geschrieben wurde, so glaube ich doch einen Fall von Perinealhernie, den ich während meiner Studienzeit zu beobachten Gelegenheit hatte, veröffentlichen zu dürfen, da ich nur etliche zwanzig Beispiele davon in der Litteratur aufgefunden habe, welche ich meiner eignen Beobachtung kurz anreihen werde.

Eigne Beobachtung.

1. Frau Magdalena Pfeiffer, 36 Jahre alt, aus Sundhausen (Unter-Elsass), liess sich am 19. November 1877 auf die nicht klinische Station des Strassburger Bürgerspitals, wegen eines Tumors, den sie am linken Schenkel trug, aufnehmen.

Patientin stammt aus gesunder Familie. Ihr Vater und Mutter sind in hohem Alter, der Vater an Erkrankung der Respirationsorgane, die Mutter an Altersschwäche gestorben. Sie selbst will in ihrer Jugend nie krank gewesen sein. Im Alter von 15 Jahren traten die Menses auf, und zwar regelmässig in Intervallen von 26—28 Tagen, bis sie im 27. Lebensjahr von ihrem ersten Kinde ganz normal entbunden wurde. Seitdem hatte sie noch drei Kinder. Die Geburten und Wochenbetten verliefen normal. Alle vier Kinder sind gesund, das Jüngste ist $4^1/_2$ Jahre alt. Bald nach der ersten Geburt bemerkte Patientin in der Gegend unterhalb des

Nabels, auf der Linea alba, eine kleine hernienartige Ausstülpung.

Im Monate Juli 1877, bei der Heuernte, half sie ihrem Manne einen Wagen Heu laden; sie gabelte das Heu mit auseinander gespreizten Beinen und hob dabei ein ziemlich grosses Gewicht. Einige Zeit nachher bemerkte Patientin an der linken Hinterbacke, etwas über der Mittellinie, einen kleinen etwa wallnussgrossen Tumor. Diese ganz schmerzlose Geschwulst wuchs allmählich. Als sie die Grösse einer Mannesfaust erreicht hatte (September) entschloss sich Patientin ärztlichen Rath zu holen. Der behandelnde Arzt verschrieb Salben und gab sogar eine ätzende Paste, jedoch der Tumor wuchs immer weiter. Die Kranke empfindet keinen Schmerz, hat keine Beschwerden seitens des Urinirens noch der Stuhlentleerung. Die Menses sind immer normal; jedoch will Patientin bemerkt haben, dass bei ihrem Auftreten der Tumor etwas kleiner wird, um gleich nach ihrem Vorübergang das normale Volumen wieder einzunehmen. Morgens wenn sie aufsteht, ist der Tumor etwas kleiner als wenn sie Abends zu Bette geht, besonders wenn sie den Tag über viel gegangen ist und gearbeitet hat.

Status præsens (22. November 1877).

Patientin ist eine Frau von gesundem Aussehen, gutem Körperbau, Panniculus adiposus gut entwickelt. Beim Stehen bemerkt man einen länglichen birnförmigen, bis gegen die Mitte des Oberschenkels, an der linken Hinterbacke hängenden Tumor. Derselbe misst 26 Centimeter Länge und hat an seinem untern Ende einen Umfang von 43 Centimeter, an seiner Wurzel dagegen nur 34 Centimeter. Die Haut zeigt keine anomale Färbung, nur sind einige oberflächliche Venen zu bemerken.

Beim Anfühlen findet man einen elastischen, mit einigen härtern Punkten durchstreuten Tumor. Er lässt sich mit grosser Leichtigkeit zurückdrängen und verschwindet beinahe vollständig, manchmal mit, manchmal ohne Kollern in die Beckenhöhle. Mit vier Fingern kann er durch eine knopflochartige Oeffnung verfolgt werden. Diese Oeffnung, von 8—9 Centimeter Länge, befindet sich

parallel und 2 Centimeter von der Mittellinie verlaufend, zwischen dem Tuber ischii einerseits, und dem Anus und der Vagina andererseits.

Die Percussion ergibt manchmal einen hellen, manchmal einen dumpfen Schall. Es hängen diese Schallunterschiede von der Anwesenheit grösserer oder kleinerer Mengen von Kothballen in dem Darme ab.

Wenn die Kranke sich in der Rückenlage befindet, so wird die linke Schamlippe etwas gegen die Mitte verdrängt, die hintere Wand der Vagina ist leicht nach vorn getrieben.

Beim Touchiren fühlt man keine abnorme Stellung des Uterus, auch sind keine Menstruationsanomalien nachgewiesen.

Das Catetherisiren der Blase zeigte dieses Organ in seiner natürlichen Lage; ein gekrümmter (männlicher) Catether fühlte sich 4 Centimeter unter dem Nabel.

Nach einigen Tagen wurde Patientin mit einem ledernen Suspensorium entlassen. Dasselbe war mit einem Riemen um den Leib fixirt, ein anderer ging um den Schenkel der entsprechenden Seite. Das Ganze hing an einer Art Hosenträger auf den Schultern.

Circa ein Jahr nach ihrer Entlassung hatte ich Gelegenheit Patientin wieder zu Gesicht zu bekommen. Der Bruch ist beinahe um das Doppelte gewachsen; er hängt jetzt bis zur Kniebeuge herunter und misst 59 Centimeter; er hat einen Umfang von 71 Centimeter an seinem unteren Ende.

2. Mery (Mémoires de l'Académie des sciences de Paris, année 1713, p. III, obs. 2) fand bei einer im fünften Monat schwangeren Frau einen Blasenbruch im Mittelfleische, etwas grösser als ein Hühnerei und etwas seitwärts «entre l'anus et la partie inférieure de l'orifice externe de la matrice.»

3. Verdier (Mémoires de l'Académie de chirurgie, tome II, p. 25) erzählt: ein, im sechsten Monat schwangeres Frauenzimmer habe bei dem Wundarzt Curade wegen Harnbeschwerden Rath gesucht; sie habe an der Seite des Perinäums eine schmerzlose Geschwulst getragen, die, wenn sie lange nicht geharnt hatte, an Umfang zunahm und sich schwappend anfühlte, bei äusserm

Druck verschwand und dann Ausfluss des Harns, der sonst nur aus der Harnröhre tröpfelte, zur Folge hatte. Nach der Entbindung sei die Geschwulst verschwunden, gegen Ende einer zweiten Schwangerschaft aber wieder gekommen und nun so gross gewesen, dass sie sich über das ganze Mittelfleisch verbreitete. Man behandelte sie mit Compressen und Binden.

4. Hartmann (Ephemerides naturæ curiosorum, Dc. II, ann. V, obs. 71) berichtet über einen Fall von Zergliederung eines Blasenbruches im Mittelfleisch. Er habe an der Leiche einer Frau, die lange Zeit an Steinkrankheit litt, an der linken Schamlefze eine Geschwulst gefunden, die durch einen aus dem Grunde der Beckenhöhle hervorgetretenen Theil der Harnblase gebildet worden. In diesem Theil habe ein Stein von drei Unzen gelegen, die obere Portion der Harnblase habe mit der im Mittelfleisch liegenden nicht communicirt, und die Frau in der letzten Zeit ihres Lebens nur tropfenweise und mit so schmerzhaftem Drängen den Harn entleeren können, dass unter den Anstrengungen auch die Excremente zugleich abgingen.

5-6. Smellie (Cases in Midwifery, London 1754; Collect. XI, case IV, B. 144) beobachtete zweimal einen Mittelfleisch-Darmbruch und zwar an der linken Seite des Afters bei Schwangern.

Der eine, von der Grösse einer Faust, war etwa ein Monat nach einer Entbindung entstanden, konnte immer leicht reponirt werden und verursachte keine Schmerzen; während einer neuen Schwangerschaft litt Patientin an starkem Husten; es trat heftiger Schmerz im Bruche und Unterleibe auf, und fünf Wochen vor der Entbindung Einklemmung ein. Smellie wurde einige Tage nach der Incarceration hinzugerufen, fand die Oberfläche des Bruches blau gefärbt, den Umkreis dunkelroth; bei einer etwas raschen Bewegung der Frau platzte auf einmal die Geschwulst und es entleerte sich eine ziemlich grosse Quantität Eiter, Blut und eine Menge grauer, dünner Flüssigkeit; sogleich fühlte sich die Kranke erleichtert und rief, jetzt sei der Bruch zurückgetreten und aller Schmerz entwichen. Die Frau erholte sich nach und nach, und wurde zu gehöriger Zeit leicht und glücklich entbunden. Jedoch

blieb eine kleine Fistelöffnung noch einige Monate bestehen, und es traten häufig Kolik und Verstopfung ein. Nach einer heftigen Anstrengung erschien der Bruch von neuem, blieb aber beweglich und frei.

Bei einer zweiten Schwangern hatte sich der Bruch nach und nach gebildet, verschwand im Liegen, trat aber beim Stehen jedesmal hervor. Während der Entbindung entzündete er sich und es erfolgte Einklemmung. Dieselbe wurde durch Taxis gehoben. Bei der folgenden Entbindung erschien er von neuem, machte aber keinerlei Beschwerden.

7. Bose (Progr. de enterocele ischiadica, Leipzig 1772) beschreibt einen, in der Leiche einer 60jährigen Frau eingeklemmt gefundenen Bruch, in welchem ein $^4/_5$ Ellen langes Darmstück lag. Derselbe kam rechts am After zum Vorschein und drückte denselben nach der linken Seite.

8. Chardenon (Leblanc, Précis des opérations de chirurgie, Paris 1775, p. 24) erzählt, dass er bei der Leiche eines an einer hitzigen Krankheit gestorbenen 45jährigen Mannes einen Mittelfleischbruch vorfand. Der Bruchsack hatte die Grösse eines Taubeneies, war an seiner Mündung ungefähr einen kleinen Finger dick, hart und schwielig, und enthielt ein Stück des Dünndarmes. Als Chardenon den Sack mit Flachs ausgefüllt hatte, sah er, wie derselbe eine kleine Geschwulst nach aussen zu in dem Mittelfleische bildete.

9. Papen (Epistola de stupenda hernia dorsali: in Haller's Dissertationes chirurgicæ I, III, Bog. 313) beschreibt unter dem Namen Hernia dorsalis einen Mittelfleischbruch, den er bei der Section einer alten Frau fand. Er ragte an der rechten Seite des Afters in Form einer Flasche bis zur Mitte der Wade herab, an seinem Grunde $1^1/_2$ Ellen und am Halse eine Spanne an Umfang messend, und den grössten Theil der dünnen und einen Theil der dicken Därme, so wie auch das Sromanum enthielt.

Dieser Fall, als Hernia dorsalis beschrieben, gehört zu den Mittelfleischbrüchen, denn in der Beschreibung heisst es ausdrücklich: «Nachdem die Eingeweide entfernt worden, sah man

an der rechten Seite des Beckens eine grosse mit dem Bauchfell überzogene Grube, die trichterförmig aus dem Grunde der Beckenhöhle in dem Raum zwischen After, Sitzbeinhöcker, grossen Schamlippe und Steissbein hervortrat.»

10. Schreger (Horn's Archiv für medizinische Erfahrung, Jahr 1810, Band 1, Heft 1, Seite 80) fand bei einer Frau einen Mittelfleischbruch, den sie sich durch Aufheben von Grasbürden mit zurückgebogenem Körper zugezogen hatte. «Deutlich war das Mittelfleisch auf der linken Seite in eine stumpf kegelige Erhabenheit aufgehoben; zugleich aber war auch an der hinteren Wand der Scheide nach links ein Vorfall sichtbar, welcher unstreitig hinter sich ein Darmstück enthielt.»

11. Pipelet (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, tome IV, B. 181) beobachtete einen Blasenmittelfleischbruch an einem 60jährigen Manne, der vor sieben Jahren, nachdem er mit weit auseinander gespreizten Beinen ausgeglitten und einige Zeit darauf über einen Graben gesprungen war, heftigen Schmerz im Mittelfleische empfunden und seitdem auch Schwere und Reiz in der Gegend der Blase und des Mittelfleisches gefühlt hatte. Am meisten beschwerte ihn, dass er immer nur wenig Urin auf einmal lassen konnte und, um die Blase zu entleeren, bei vorwärts geneigtem Rumpfe jedesmal mit der Hand das Mittelfleisch reiben und drücken musste.

Pipelet fand eine eigrosse Geschwulst länglich und weit, die beim Drücken längs der rechten Seite der Harnröhre in die Beckenhöhle zurücktrat; er verfolgte den Bruch in die genannte Richtung und konnte mit dem Finger in eine rundliche Oeffnung dringen, die etwa den Umfang einer kleinen Nuss hatte. Dem Kranken wurde ein Bruchband angelegt und es hörten seitdem alle Beschwerden auf.

12. Bromfield (Sœmmering, Ueber die Ursachen, Erkenntniss und Behandlung der Brüche am Bauche und Becken, ausser der Nabel- und Leistengegend; Frankfurt 1811, S. 58) erzählt die Krankengeschichte eines Knabens, bei dem während des Steinschnittes die dünnen Därme durch die Wunde drangen; er brachte sie zurück und der Kranke genass.

13. Schneider (Sœmmering, l. c.) beschreibt einen angeborenen Mittelfleischbruch, der birnformig und weich war, sechs Zoll im Durchmesser hatte, und bei Druck Kothentleerung verursachte.

14. Juvill (Sœmmering, l. c.) bemerkte einen Mittelfleischbruch zugleich mit einem Nabel- und Schenkelbruche. Ob der Träger derselben ein Mann oder eine Frau war ist nicht gesagt.

15. A. Cooper (The anatomy and sirurgical Treatement of Hernia; T. II, p. 67) fand in der Leiche eines Mannes einen vom Bauchfelle zwischen Blase- und Mastdarm gebildeten länglichen Sack. Sein unteres Ende erreichte aber nicht die Haut, und bildete äusserlich keine Geschwulst; die Mündung desselben lag $2^1/_2$ Zoll vom After.

16. Scarpa (Neue Abhandlung über die Schenkel- und Mittelfleischbrüche, übersetzt von Seiler. Leipzig 1822). Carlo Capella, 59 Jahre alt, stellte sich mit ausgespreizten Schenkeln über einen Bach, um ein Kind hinüber zu heben. Bei dieser Anstrengung fühlte er einen lebhaften Schmerz am untersten Theile der rechten Hinterbacke, als würden Fasern und Schnüre in der Tiefe zerrissen. Nachdem er in die gewöhnliche Stellung zurückgetreten war, so führte er die Hand auf die schmerzhafte Stelle, in der Nähe des Afters, und bemerkte daselbst auf der rechten Seite eine Geschwulst von der Grösse einer kleinen Wallnuss, die einem gelinden Druck nachgab und wenn stärker darauf gedrückt wurde in die Beckenhöhle zurücktrat, in welcher sie der Kranke mittelst einer Compresse zurückhielt. Bald darauf wurde er von einem heftigen Husten befallen, der ihn vier Monate lang ohne Unterbrechung beschwerte und während welchem die Geschwulst bis zur Grösse eines Hühnereies sich ausdehnte.

Das folgende Jahr stellte er sich wieder mit auseinander gespreizten Beinen auf einen Wagen mit Heu und hob beträchtliche Lasten in die Höhe um sie unter ein Dach zu schaffen. Indem er dieses that, so erneuerte sich der Schmerz in der rechten Hinterbacke und dem Mittelfleische; er war viel heftiger als früher und mit einem eigenen ungewöhnlichen Gefühl von Torpor in dem ganzen rechten Ober- und Unterschenkel verbunden.

Erst einige Zeit nachher kam dieser Kranke in Scarpa's klinische Anstalt und bat um ein Bandage, welches den Bruch zurückhalten oder wenigstens seine Vergrösserung verhüten könne.

Wenn der Kranke aufrecht stehend, die Schenkel auseinander spreizte, den Rumpf vorwärts beugte und den rechten Fuss auf einen kleinen Stuhl stellte, so konnte man die Geschwulst, von hinten betrachtet, in ihrer ganzen Ausbreitung sehen. Man sah an dem Mittelfleische, in der Nähe des rechten Randes der Mastdarmöffnung, einen birnförmigen Körper hervordringen, dessen Grundfläche an dem untern Rand des Musculus glutæus major lag. Es hatte derselbe die Grösse eines Hühnereies; der untere Theil war breit, der obere dünner und lag gleich neben dem rechten Rande der Analöffnung. Wenn der Kranke hustete, so fühlte man an der Hand, mit welcher man die Geschwulst drückte, deutlich das Heraustreten des Darmes. Die hervorgefallenen Theile konnte man leicht in die Beckenhöhle zurückbringen, und indem dieses geschah, hörte man ein deutliches Gurgeln, als Beweis von der Gegenwart eines Darmbruches im Mittelfleische.

Während neun Jahren beschwerte sich Capella nicht mehr über den Mittelfleischbruch; er vernachlässigte seine Gesundheit von Jahr zu Jahr immer mehr, und in den letzten Perioden seines Lebens liess er nicht einmal mehr die zerbrochene, halbzirkelförmige Feder an dem ihm angelegten Bruchbande erneuern, was er doch in den vorhergehenden Jahren mit Genauigkeit zu besorgen nie unterlassen hatte. Plötzlich wurde er von heftigen Schmerzen in der Unterleibshöhle befallen, die sich von dem Grunde des Beckens bis in die Nabelgegend erstreckten, mit krampfhafter Zusammenschnürung des Magens, Neigung zum Erbrechen und vergeblichem Drängen zum Uriniren verbunden waren. Bald darauf dehnte sich der Unterleib beträchtlich aus, der Ekel vermehrte sich, periodisches Erbrechen gesellte sich hinzu, und in diesem bedauernswürdigen Zustande wurde er in das Spital gebracht. Es zeigten sich auch Zufälle, welche den verhinderten Durchgang der Nahrungsstoffe durch die Einklemmung des Darmkanales andeuteten.

Der Bruch war beträchtlich vergrössert, gespannt, dem Druck widerstrebend und schmerzhaft bei der Berührung. Durch die ausserordentliche Vergrösserung des Volumen des Bruches war die Oeffnung des Mastdarmes stärker als zur Zeit der ersten Untersuchung nach der linken Hinterbacke hingedrängt.

Scarpa verordnete Umschläge auf den Bauch und von zwei zu zwei Stunden erweichende ölige Clystiere. In der folgenden Nacht hatte der Kranke eine reichliche Ausleerung von verhärteten Excrementen, worauf Erbrechen und Ekel sich verloren und die Geschwulst im Mittelfleische schlaffer wurde. Den nächsten Morgen wurde der Bruch mit Leichtigkeit zurückgebracht. Am Abend desselben Tages, da alle Umstände eine allgemeine Ruhe versprachen, stellte sich eine so copiöse Diarrhœ ein, dass nur noch wenig fehlte, um die Kräfte des Kranken ganz zu erschöpfen. Man setzte diesem gefährlichen Zufalle Grenzen, durch den Gebrauch von Opium, stärkenden Mitteln und leichter aber kräftiger Kost. Der Kranke erholte sich langsam und nur unvollkommen.

Gegen Ende des Jahres verschlimmerten sich die alten Bruchbeschwerden durch fast anhaltenden Husten, Schmerzen in der Tiefe der Brusthöhle, eiterartigen Auswurf, Fieber gegen Abend und Nachtschweiss.

Unter den Beschwerden dieser Leiden starb der Kranke.

Die Zergliederung des Körpers des Verstorbenen wurde mit der grössten Sorgfalt ausgeführt.

Nach Eröffnung der Unterleibshöhle zeigte sich auf den ersten Blick keine ungewöhnliche Lage, weder des Netzes noch des Darmkanals; aber nachdem die letzte Windung des Ileums in die Höhe gehoben war, bemerkte man sogleich, dass dieser Darm sich tiefer als gewöhnlich in die rechte Hälfte der Beckenhöhle hinabsenkte, und einen Theil des Gekröses, an welchem er befestigt war, nach sich zog. Das Ganze dieser Windung des Ileums, welche zusammengeballt in der rechten Hälfte des Grundes der Beckenhöhle lag, glich einem kleinen Convolut des dünnen Darmes, welcher mit der grossen Masse desselben zusammen hing, die in der rechten Weichen- und Darmbeingegend lag.

Nachdem die Schlinge des Ileums sorgfältig in die Höhe gehoben war, welche sich am tiefsten in die Beckenhöhle hinab gesenkt hatte, so zeigte sich der Theil dieses Darmes, der eigentlich aus dem Grunde herausgetreten war um einen in dem Mittelfleische hervorragenden Bruch zu bilden. Von den beiden Höhlen des Beckens, welche durch den zwischenliegenden Mastdarm und die Harnblase getrennt sind, war die rechte Höhle viel weiter als die linke. In dem Grunde der rechten Höhle des Beckens sah man die rundliche Oeffnung, durch welche die von dem Bauchfelle gebildete Scheidewand schlaff und zusammengefaltet sich hinabsenkte und sich aus dem Grunde des Beckens hinaus verlängerte, um in dem Mittelfleische den eigentlichen Bruchsack zu bilden. Die eben genannte rundliche Oeffnung oder die Mündung des Bruchsackes hatte fast einen Zoll Durchmesser. Der Mastdarm, welcher über dem obersten Theile des Bruchsackes lag, machte einige nicht gewöhnliche Krümmungen; überdies war er verengt und stärker als im normalen Zustande nach der linken Seite hingedrängt. Auch die Harnblase war enger als gewöhnlich und wie der Mastdarm nach der linken Seite hingeneigt. Doch konnte man bemerken, dass die mit Urin gefüllte Blase wenigstens die Hälfte der Oeffnung würde bedeckt haben, welche von der Beckenhöhle aus in den Bruchsack führte. Die Schlinge des Ileums, welche herabstieg um den Bruch in dem Mittelfleische zu bilden, schien sich beim ersten Anblicke nur zwischen den Mastdarm und die Harnblase hinein zu senken, aber bei genauer Untersuchung sah man dass die Darmschlinge, nachdem sie in die Nähe des Halses der Harnblase gekommen war, von der rechten nach der linken Seite zu, unter den Samenbläschen und der Vorsteherdrüse derselben Seite hindurch krümmte, um den Zwischenraum, zwischen der Mastdarmöffnung, dem Höcker des rechten Sitzbeines und der Spitze des Schwanzbeines einzunehmen.

Von der anatomisch-pathologischen Betrachtung der innern Theile gehen wir zur Untersuchung der äussern Theile über.

Der im Mittelfleische hervorragende Bruch zeigte sich von derselben Grösse, als zu der Zeit, zu welcher er zuerst untersucht

worden war, zum sichern Beweis, dass das elastische Compressorium zurückgehalten, oder wenigstens die Vergrösserung desselben durch den langen Zeitraum von neun Jahren verhütet hatte.

Nachdem die Haut von dem Bruche weggenommen war, so bemerkte man nirgends eine Verwachsung des Grundes desselben mit den allgemeinen Bedeckungen. Gleich unter dem Zellgewebe sah man die Faserbündel des Aufhebemuskels des Mastdarms; die dünnsten von diesen divergirenden Fleischfasern nahmen die Mitte der Geschwulst ein, die übrigen sammelten sich zum Theil um den Hals, zum Theil um den Grund des Bruches an. Der Grund der Geschwulst stützte sich, wie schon bemerkt worden ist, auf den untersten Theil des Ursprungs des grossen Gesässmuskels. Man bemerkte, dass der Bruch in dem Mittelfleische zuerst unmittelbar unter dem Musculus transversus perinæi superficialis dieser Gegend hervorgetreten war, also in dem Raum zwischen dem rechten Rande der Mastdarmöffnung, dem Ligamentum sacro-ischiadicum majus s. tuberoso-sacrum, und der Spitze des Steissbeines.

Als aber der Bruch grösser wurde, so fand er von der Seite, in welcher der Schliessmuskel des Mastdarmes lag, weniger Widerstand als von dem Höcker des rechten Sitzbeines, daher musste der Mastdarm nothwendig gegen die linke Seite des Beckens gedrängt werden.

Ueber die Faserlage des Aufhebemuskels des Mastdarms zeigte sich der von dem Bauchfelle gebildete Bruchsack, welcher nicht dicker war als das Bauchfell im normalen Zustande in der Unterleibshöhle zu sein pflegt. Nachdem der Bruchsack seiner ganzen Länge nach aufgeschnitten worden war, so sah man die Schlinge des Ileums bloss liegen, welche sich aus dem Grunde des Beckens hervorgedrängt hatte, um den Bruch in dem Mittelfleische zu bilden. Es war dieses Darmstück in sich selbst zusammengebogen und wie ein kleiner Knäuel zusammengerollt. Brachte man die Fingerspitze längs dieser Schlinge in die Beckenhöhle, so fand man, dass die Mündung des Bruchsackes eigentlich nicht in der Höhle des Beckens lag, sondern am Ausgange des Grundes dieser Höhle und genau genommen in dem Mittelfleische, durch welches

der Finger, nachdem er kaum über die Mündung des Bruchsackes weggeführt war, sogleich in die Höhle des Beckens eindrang und sich in jeder Hinsicht frei in derselben bewegen konnte. Denn bei dem Anfang dieser Krankheit liegt die Mündung des Bruchsackes ungefähr so hoch oben in der Beckenhöhle, als die Falte des Bauchfelles, welche, von der vordern Fläche des Mastdarmes aus, über die hintere Fläche der Harnblase aufwärts sich dehnt; so wie aber der Bruch grösser wird und sich senkt, und der Bruchsack in den Grund der Beckenhöhle hinab gedrängt wird, so sinkt auch die Mündung des Bruchsackes fast ausserhalb des Grundes der Beckenhöhle.

17. Jacobson (Græfe und Walther's Archiv, Band IX, Seite 425) theilt den Fall mit von einer an ausgesprochener Phtisis pulmonum leidenden Frau, die zum vierten Mal und wie jedesmal, leicht gebar. Der Durchtritt des Kopfes geschah im Stehen und zugleich empfand die Frau einen sehr intensiven reissenden Schmerz in der Kreuzgegend und im Mittelfleische. Am dritten Tag nach der Entbindung verliess sie das Bett und sie bemerkte an der rechten Seite des Afters ein kleines, erbsengrosses, bewegliches, im Sitzen und Liegen verschwindendes, schmerzloses und weiches Knötchen in der Haut. Zuerst hielt sie es für eine Warze. Bald nahm die Geschwulst, bei anhaltendem Husten, an Grösse zu, wölbte die hintere Wand der Scheide hervor und verursachte ausser der Unbequemlichkeit beim Gehen noch anderweitige Beschwerden. Die Stuhlentleerung erfolgte nur nach Darreichung von Laxantien.

Dieser Bruch lag an der rechten Seite des Afters zwischen diesem, dem Höcker des Sitzbeins und der Spitze des Steissbeins, auf dem untersten Theile des glutæus maximus, an seinem Ursprung. Er scheint unterhalb des Transversus perinæi hervorzutreten und steigt nicht senkrecht, sondern schräg von rechts nach links bis zur Mitte des Oberschenkels herab. Der Bruch war leicht reponirbar. Zugleich trug die Kranke zwei Leistenbrüche.

Um den Bruch zurückzuhalten, gab man der Kranken ein etwas modificirtes Scarpa'sches Bruchband.

18. Jacobson (l. c., S. 419) berichtet noch über einen Fall, der einen starken 35jährigen Mann betraf, der wegen einer chronischen Cystitis in Behandlung kam. Derselbe fiel ein halbes Jahr vor seiner Aufnahme in's Lazareth mit weit auseinander gespreizten Beinen von einer beträchtlichen Höhe auf die letzte Sprosse einer sich darunter befindlichen Leiter.

Es folgte Blutung aus der Harnröhre, das Scrotum war an der rechten Seite eingerissen. Das Mittelfleisch schwoll bedeutend und es trat Urinverhaltung ein. Dieselbe wurde bald gehoben, jedoch bildete sich Ischurie. Jede Harnentleerung war sehr schmerzhaft. Bald nachher bemerkte der Kranke zuerst eine kleine weiche Geschwulst im Mittelfleische, die allmählich grösser wurde, bei leichtem Drucke sich reponiren liess, nach aufgehobenem Druck jedoch wiederkehrte.

Zwischen Scrotum und After etwas nach links von der Mittellinie findet sich eine längliche, eiförmige, scharf begrenzte Geschwulst von der Grösse einer Wallnuss. Die Reposition gelingt leicht, aber ist schmerzhaft, verursacht Drang zum Uriniren, weniger jedoch, wenn die Reposition kurz nach Entleerung der Blase unternommen wurde; bisweilen fliesst dann Urin tropfenweise oder in kurzem Strahle aus.

19. Jacobson (l. c., S. 399) hatte Gelegenheit einen Mittelfleischdarmbruch bei einem 20jährigen Individuum zu beobachten. Derselbe war kurz vorher durch einen Fall auf das Mittelfleisch entstanden; er hatte die Grösse eines Hühnereies, lag dicht vor dem After und nahm beim Husten und starker Bewegung an Umfang zu. Der Kranke konnte ihn mit Leichtigkeit reponiren, im Liegen und Sitzen ging er von selbst zurück. Vor dem Stuhlgang, der schmerzhaft und anstrengend war, schwoll er jedesmal an, verursachte aber keine weitere Beschwerde. Der Mann trug auf Anrathen des Arztes eine T-Binde und eine dicke auf dem Mittelfleische aufliegende Compresse, und hielt auf diese Weise den Bruch zurück. Nach langjährigem Tragen dieser Binde verschwand der Bruch allmählich.

20. Hager (Die Brüche und Vorfälle, Wien 1836, S. 308) erzählt: Eine 27jährige Frau war seit drei Wochen mit einer Geschwulst an der hintern und linken Seite des Mittelfleisches behaftet, welche bei dem Versuche, eine Holzbutte auf den Rücken zu nehmen, während die Schenkel auseinander gestellt waren, unter einem heftigen Schmerze und einem deutlichen Geräusche in der linken Unterbauchgegend entstanden, von der Grösse eines Hühnereies bis zu einem Durchmesser von 16 Zoll, einem Breite-Durchmesser von 8 Zoll an der Basis und 3 Zoll an der Spitze auswuchs, und einen Sack darstellte, welcher von der beschriebenen Stelle neben dem After herabging, 4 Zoll gegen die Basis, eine dem rechten Schenkel zugekehrte Einschnürung zeigte und in diesem Umfang von der Oberhaut entblösst, dagegen mit einer dünnen klebrigen Flüssigkeit überzogen war. Die übrige, diesen Sack bedeckende Haut war stellenweise dunkler gefärbt, von normaler Temperatur, der Sack selbst theils derb, theils erschlafft und ungleich, theils elastisch anzufühlen.

Die Kranke empfand zeitweise Bewegungen und vernahm auch zuweilen ein Gurren in demselben. Der Stuhlgang war öfters angehalten und hierdurch der Umfang der Geschwulst vergrössert, sie selbst aber härter anzufühlen. Die Unterbauchgegend zeigte eine Leere. Bald nach Entstehung dieser Geschwulst hatte sich auch eine Geschwulst am unteren Theile der grossen linken Schamlippe, ein vorderer Mittelfleischbruch gebildet, die jedoch von der grossen Geschwulst durch eine Scheidewand, wahrscheinlich den queren Dammmuskel, getrennt war. Einmal war nach längerer Zeit beobachteter angemessener Bettlage und wiederholten Abführmitteln die Rückführung der ausgetretenen Theile und auch deren Zurückhaltung mittelst einer geeigneten Binde gelungen, welche jedoch von der Kranken zu früh entfernt wurde, worauf sich die Geschwulst in ihrer vorigen Grösse wieder zeigte, ja durch längere Zeit vernachlässigt sich bedeutend vergrösserte.

Man versuchte durch eine Bauchlage mit erhöhtem Becken, welche später mit einer Lage auf die gesunde Seite vertauscht wurde, unter Emporhaltung des Bruchsackgrundes durch eine

schmale, leicht verdauliche Kost, durch mehrmals gereichte Abführmittel, endlich durch wiederholtes Zurückdrücken, die Därme in die Beckenhöhle zurückzubringen und durch einen drückenden Verband zurückzuhalten.

Ersteres gelang nach und nach so vollständig, dass man deutlich die Grenzpunkte der in die Beckenhöhle führenden Oeffnung, den Sitzhöcker und dessen aufsteigenden Ast, das Steissbein — und das Sitzbeinheiligenband fühlen konnte. Es schien jedoch eine Verwachsung eines Eingeweides mit dem Bruchsacke stattgefunden zu haben, oder vielmehr das Eingeweide mit seiner natürlichen Anheftung hervorgefallen gewesen zu sein.

Die Kranke wurde daher als unheilbar mit einem ihre Beschwerde mildernden und einen ferneren Darmaustritt hindernden Verbande, in Gestalt eines Tragbeutels, nach vier Wochen entlassen.

21. In Frorieps Not. Band IV, S. 233, ist aus den Mémoires de la Société de médecine de Toulouse von Dr Lacoste ein hinterer Mittelfleischbruch unter dem Namen: Hernia sacro-rectalis beschrieben, welcher bei einem Kinde von 6 Wochen am hintern Theil des Heiligenbeines 1 $^1/_2$ Zoll über dem After sich zeigte, so gross war wie eine wälsche Nuss, und bei dem Husten und Schreien hervortrat. Der Bruch wurde zurückgebracht und zurückgehalten, bis sich die Oeffnung geschlossen hatte. Die Grösse der Oeffnung und ihre Stelle sind nicht angegeben.

22. Dr Stiegele (in Medizinisches Correspondenzblatt des württembergischen ärztlichen Vereins, 1869, Nr. 33) theilt einen Fall mit, von eingeklemmtem, operirtem und glücklich geheiltem Mittelfleischbruch, den er bei einem 23jährigen Kranken zu beobachten Gelegenheit hatte. Der Kranke, von ziemlich kräftiger Constitution, hatte drei Jahre bei der reitenden Artillerie gedient und war seit vier Monaten zu Hause. Nachdem er den ganzen Tag viel im Hopfengarten beschäftigt war, wurde er Abends, den 12. Mai, von Leibschneiden und Grimmen befallen, das in der Nacht anhielt und bis Morgens, den 13. Mai, fortdauerte, wo ein ziemlich ergiebiger Stuhl eintrat. Dessen ungeachtet nahmen die Bauchbeschwerden, namentlich ein starkes Brennen auf der rechten

Seite des Hypogastriums immer zu, und ein herzugerufener Chirurg fand bei seiner Ankunft eine Hernie in der Dammgegend vor und reponirte sie bis auf eine kleine Schlinge. Nach einer Pause von drei Stunden wurden die Schmerzen wieder heftiger, es erfolgte Erbrechen und Patient jammerte schrecklich. Dann wurde Stiegele gerufen am 14. Mai. Er fand den Patienten winselnd vor Schmerzen, sich ruhelos hin- und herwerfend und über heftig brennende Schmerzen im rechten Hypogastrium klagend. Am Perinæum zeigte sich eine weiche, nicht besonders schmerzhaft, rundlich längliche Geschwulst, welche sich von der Wurzel des Penis bis zum After erstreckte und die Höhe und Breite eines Zolles hatte. Man versuchte diese hernia perinealis mit Hilfe der Chloroformnarcose zu reponiren; sie liess sich wohl auf ein kleines Volumen reduciren, aber nicht völlig zurückbringen. Daher entschloss sich Stiegele zum Bruchschnitt und machte einen von der Wurzel des Hodensacks bis zum After reichenden und 4 Linien links von der Raphe verlaufenden Schnitt, nachdem Patient wie zum Steinsschnitt gelagert war. Vorsichtig wurde die Haut getrennt, dann ein Stratum fettreiches Zellgewebe und die Fascia superficialis, und man suchte nun nicht weitere Theile zu durchschneiden, mit dem Finger nach hinten, wo die obere und mittlere Mittelfleischbinde vor dem After verwachsen sind, und nicht ganz bis dahin reichen, unmittelbar vor dem Rectum in den Raum zwischen Prostata und Rectum hinauf zu dringen. Stiegele gelangte nun auf den Darm, der prall gespannt und eingeklemmt war, und konnte ihn durch Bohren mit den Fingern in dem Gewebe nach einigen Minuten zurückschieben. Während der Finger als Obturater zurückblieb, musste der Steiss auf eine erhöhte Unterlage gebracht werden, so dass der Bauch tiefer lag als jener, damit der Darm nicht wieder vorfalle. Sogleich liess der Schmerz nach, zehn Minuten nach der Operation traten reichliche Stuhlentleerungen ein, und Patient fühlte sich ganz wohl.

Nachdem er zwei Tage in der erhöhten Steisslage zugebracht hatte, wurde eine T-Binde mit Bausch am Damm befestigt und dem Patienten gestattet die gewöhnliche Lage im Bette einzu-

nehmen. Nach zehn Tagen durfte er mit der T-Binde aufstehen, und nach drei Wochen ohne dieselbe herumgehen. Die mit vier Heften vereinigte Wunde war nach sechs Tagen geheilt. Bis heute (30. IX. 1869) kam kein Recidiv des Bruches vor, obgleich Patient schon lange stärkere Arbeiten verrichtet.

Wenn wir nun eine Statistik über die oben beschriebenen Krankengeschichten aufstellen, so finden wir, dass unter 22 Kranken (bei 3 ist das Geschlecht nicht angegeben) 11 Frauen und 8 Männer, 50 % resp. 36,36 %, sich befinden.

Bei zehn Brüchen bei denen die Lage angegeben ist, sitzt er sechs Mal rechts und vier Mal links.

Was nun die Contenta betrifft, finden wir vier Mal die Blase und achtzehn Mal die Därme, 18,18 % und 81,81 %.

Anatomie und Aetiologie.

Mittelfleischbruch nennt man jenen Bruch, welcher am Mittelfleische und zwar unterhalb der Schoosfuge, rückwärts bis zum Steissbein und zu beiden Seiten, zwischen den Sitzknorren und den Knorren-Heiligenbeinbänder aus dem Becken austritt und im ausgebildeten Zustande eine Geschwulst am Perinæum darstellt.

Die Stellen an welchen die Eingeweide austreten sind :

1. Der Raum zwischen den queren Dammmuskeln, dem aufsteigenden Aste des Sitzbeines oder dem Aufrichter der Ruthe, Musculus ischio-cavernosus beim Manne, resp. Sustentator clitoridis beim Weibe, und Musculus bulbo-cavernosus bei Männern, und der Scheide bei Frauen.

2. Der Raum zwischen den queren Dammmuskeln, den Sitzknorren und den beiden Knorren-Heiligenbeinbänder und dem Steissbein, also rings um den After herum.

Je nachdem der Bruch durch den sub Nr. 1 oder 2 beschriebenen Raum zum Austritt kommt, ist er ein vorderer oder ein hinterer Mittelfleischbruch.

Den hintern Mittelfleischbruch kann man in den vor oder hinter dem After gelegenen unterscheiden; so sagt z. B. A. Cooper (l. c., S. 191), dass das untere Ende des Bruches vor dem After

war, die Prostata unmittelbar vor dem Bruchsacke lag, die Vesiculæ seminales mit ihrem breiten Theile auf den Seiten des Bruchsackes und mit ihrer Spitze vor demselben sich befanden; die Blase bedeckte 1 $^3/_4$ Zoll vom vordern Theile des Bruches die Mündung des letztern von 2 $^1/_2$ Zoll vom After entfernt.

Diesen Bruch glaubt Hager für einen vordern Mittelfleischbruch und zwar oberhalb des queren Dammmuskels, nicht blos vor dem After gelegenen, ansehen zu können. Er scheint ihm an dem Theile des Mittelfleisches bestanden zu haben, den man bei Weibern den kurzen Damm nennt, nämlich zwischen der schiffförmigen Grube und der Aftermündung.

Der Mittelfleischbruch kommt zu Stande wenn die Muskelfasern des Levator ani entweder eine allzugrosse Dehnung erleiden oder gar zerreissen. Die Eingeweide treten dann durch die Spalte des Muskels oder zwischen ihm und dem Sphincter ani externus und zwar unterhalb oder oberhalb des Transversus perinæi in dem Raum zwischen After, Sitzbeinhöcker und Steissbeinspitze.

Scarpa fand, nachdem er die Hautdecken entfernt hatte, unter dem Zellgewebe gleich die sehr ausgedehnten Faserbündel des Levator ani, die sich um den Hals des Bruches stärker ansammelten und verdichteten, und so die ringförmige Mündung des Bruchsackes bildeten; unter dieser Faserlage zeigte sich sogleich der Bruchsack, der in seiner Textur von den übrigen Theilen des Bauchfells nicht abwich.

Bei Weibern kann der Mittelfleischbruch nicht ganz ohne allen Scheidenbruch vorkommen. Schreger sagt (Horn's Archiv, l. c.), es ist schwer begreiflich, wie der Darm, der nach unten strebt, vor der hintern Wand der Scheide so ganz ohne allen Eindruck und ohne einige Erhabenheit an ihr hervorzubringen, vorbeigleiten sollte.

Aber leicht zu begreifen ist es, dass diese Complication der Hernie in verschiedenen Graden auftreten kann. Je stärker die rückwärtige Inclination des Beckens, je offener sein Ausgang und je straffer und resistender die hintere Scheidewand ist, desto vollkommener wird sich der Mittelfleischbruch bilden, desto schneller

wird der ursprüngliche Scheidenbruch in ihr übergehen und desto kleiner wird dieser sein; hingegen mag ein entgegengesetztes Verhältniss eintreten wenn bei geringer Rückwärtsneigung des Beckens, die Scheide durch mehrere Geburten erschlafft und zum Vorfall an sich schon geneigt ist.

So wie endlich in dem normal geneigten oder abnorm nach vorwärts inclinirenden Becken nie ein solcher Darmbruch zu Stande kommen, sondern alle Einwirkung gleicher gelegentlicher Momente nur einen Scheidenbruch hervorbringen wird.

Zu den prädisponirenden Ursachen rechnet Scarpa: primitive Schlaffheit der Bauchfellfalte, der Sitzbeinbänder, des Levator ani, und ungewöhnliche Weite des Beckenausgangs.

Dazu kommen nun als Gelegenheitsursachen: Fall auf's Perinæum mit ausgespreizten Beinen. Sprung auf die Fersen, Heben schwerer Lasten mit stark zurückgebogenem Körper, starker Wehendrang, heftiger Husten. Dabei empfanden die Kranken einen heftigen Schmerz im Mittelfleische, wahrscheinlich von der gewaltsamen Ausdehnung oder Zerreissung der Fleischfasern des Levator ani.

Dass die Blase oft den Mittelfleischbruch bildet, liegt in der öftern und anhaltend grossen Füllung derselben. Die schwangere Gebärmutter kann auch die Blase herunterpressen und so zur Bildung des Bruches beitragen. Dies bemerkte schon Verdier.

Diagnose.

Die Kennzeichen der Enterocele perinealis sind die den Brüchen im Allgemeinen zukommende. Es zeigt sich gewöhnlich nicht gerade in der Mittellinie, sondern mehr rechts oder links am After, zwischen diesem, dem Sitzbeinknorren und der Spitze des Steissbeins an dem hintersten Theile des Mittelfleisches, eine grössere oder kleinere, bewegliche, gespannte, schmerzlose Geschwulst, die, wenn der Kranke steht, geht, sich bückt, den Athem anhält oder hustet, grösser und gespannter wird, im Liegen dagegen von selbst verschwindet oder leicht zurückgebracht werden kann. Die Geschwulst ist, da wo sie aus der

*

Beckenhöhle hervortritt, an ihrem Halse schmal und wird nach dem Grunde zu breiter. Bei der Reposition hört man ein deutliches Kollern, und ist der Bruchsack vollkommen entleert, so fühlt man über dem After eine ring- oder schlitzförmige Oeffnung, in die man einen oder mehrere Finger bequem einlegen kann, als Mündung des Bruchsacks. Sie liegt nicht in der Höhle des Beckens, sondern im Mittelfleische selbst, und das ist die Stelle an welcher die Einklemmung stattfinden kann und bei Scarpa's und Stiegele's Kranken wirklich stattgefunden hat. So wie andere Darmbrüche, so verursachte auch der Mittelfleischbruch verschiedene Darmaffectionen, deren grössere oder geringere Heftigkeit theils von dem Umfang des Bruches, theils von der Beschaffenheit der Contenta abhängen möchte ; auch wird bei einem grossen Bruche der Mastdarm nach der Seite gedrängt und dadurch schon die Kothausleerung erschwert oder schmerzhaft werden. In der Regel sollen die Kranken ihren Bruch lange Zeit ohne Gefahr getragen haben. Scarpa's Kranker war mehrere Jahre ohne Beschwerden. Smellie fand den Bruch bei einer schwangern und einer kreisenden Frau eingeklemmt. Die Einklemmung wurde durch Clystiere und Umschläge gehoben.

Scarpa sagt über die Erkenntniss eines hintern Mittelfleischbruches : « Wenn der Kranke mit ausgespreizten Schenkeln und vorwärts geneigtem Stamme, den Fuss der kranken Seite auf einen Schemel stellt, so zeigt sich die Geschwulst, von hinten angesehen, in ihrem ganzen Umfange. Die Eingeweide die den vordern Mittelfleischbruch bei Männern bilden, dringen ebenfalls zwischen dem Mastdarm und der Blase durch den Aufheber des Afters durch, und vor dem queren Dammmuskel, zwischen dem Harnschneller und dem Aufrichter der Ruthe oder dem Sitzbeinaste herab. Beim Weibe vergrössert sich dieser Bruch gegen die Scheide hin, weil ihm gegen den After die queren Dammmuskeln entgegen stehen. »

Rognetta (Revue médicale, juin 1832, S. 397) sagt, dass der untere Schamlippenbruch ein mehr entwickelter Mittelfleischbruch sei.

Der vordere Mittelfleischbruch, der im untern Theil der Schamlippe eine Geschwulst bildet, nennt A. Cooper Schambruch, pudendal hernie. Er sagt hierüber S. 186, dass bei diesem Bruch der Leistenring und der obere Theil der Schamlippe ganz frei gefühlt werden und dass sich die Geschwulst ungefähr von der Mitte der Schamlippe, in der innern Seite des Schambeinastes in das Becken erstrecke.

Seiler (in seiner Uebersetzung von Scarpa) nennt den vordern Mittelfleischbruch zwar hintern Schamlefzenbruch, handelt ihn aber als Abart des Mittelfleischbruches ab und sagt: « Nach Scarpa würde der von Schreger beobachtete Fall zu der Bruchart zu rechnen sein, welche A. Cooper «pudendal hernie» nennt, welcher Bruch bei dem weiblichen Geschlechte die Stelle des Mittelfleischbruches (und zwar des vordern) bei dem männlichen Geschlechte einnimmt.

Die Blasen- und Darm-Mittelfleischbrüche sind jedoch nicht die einzigen die an dieser Stelle vorkommen können. Nach einer mündlichen Mittheilung des Hrn. Professor Lücke fand Langenbeck bei der Extirpation eines Tumors am Perinæum das vorgefallene entartete Ovarium.

Lipome sind schon mehrere an dieser Region entfernt worden. Ebenso haben sich Prostata-Abscesse bis zum Perinæum einen Weg gebahnt, dann entleert, und einen Fistelgang zurückgelassen.

Beim ersten Anblick einer Mittelfleischhernie wird man unwillkürlich an einen Fettgeschwulst denken, jedoch wird bald die Percussion und die Möglickeit der Reposition jeden Zweifel heben.

Behandlung.

Was nun die Therapie betrifft, so wird dieselbe in preventiver Hinsicht ohnmächtig sein.

Ist die Hernie einmal ausgebildet, so ist es die Pflicht des Arztes dieselbe zu reponiren und durch geeignete Apparate in in ihrer normalen Lage zurückzuhalten.

Da der Mittelfleischbruch meistens von den Dünndärmen und der Blase, seltener von dem Netze und dem Dickdarm gebildet

wird, so werden sich die Regeln der Behandlung aus den der andern Brüche entnehmen lassen. Der Weg des Vortretens gibt zunächst Anleitung wie die Theile zurückgebracht werden sollen, das Organ selbst die Vorbereitung und die Bestimmung wohin es gebracht werden soll.

Zur Reposition eines hintern Mittelfleischbruches dürfte eine knieende Lage, und auf den Ellenbogen gestützt; zu jener eines vordern, die bei Leistenbrüchen angegebene die beste sein. Dabei muss man jedoch unterscheiden, ob der Bruch noch beweglich, oder eingeklemmt, und ob er frisch oder schon älter ist.

Zu der ersten Categorie, die frische und bewegliche, bedarf es zuerst der Taxis und dann der Zurückhaltung.

Um erstere bewerkstelligen zu können muss: 1) der einklemmende Theil erschlafft werden; 2) kein Gegendruck von Seiten des Kranken durch Pressen, Stöhnen etc. stattfinden; 3) ein Druck von aussen angebracht werden, welcher die Masse des Vorgefallenen verkleinert, den Widerstand, den die Bruchpforte bildet, überwindet, und den Zug durch die Spannkraft des Gekröses unterstützt.

Zur Reposition eines vordern Darmbruches lasse man den Kranken den Rumpf auf ein Bett legen, die Beine auf dem Boden stehen, den Mund dabei offen halten um den Widerstand der Bauchpresse zu überwinden. Dann fasst man mit der linken Hand den Fundus des Bruches zur Unterstützung und mit der rechten Hand sucht man die Eingeweide wieder in die Beckenhöhlen hineinzubringen.

Bei einem alten schon eingeklemmten Bruche versuche man zuerst, aber nur vorsichtig, die Taxis. Besteht die Einklemmung schon einige Zeit, haben sich dabei schon mehrtägige Stuhlverhaltung, Erbrechen, verkleinerter Puls, Empfindlichkeit und Aufgetriebenheit des Leibes, in einem Worte, schon peritonitische Erscheinungen eingestellt, so bleibt nichts übrig als die Operation.

Dieselbe wird von Sabatier (De la médecine opératoire, nouvelle édition par Sanson et Begin, 1824, tome 3) für sehr schwierig gehalten, weil er glaubte, die Einklemmung habe ihren

Sitz weit oben im Becken. Deshalb empfiehlt er bei der Operation, statt des Schnittes der Einklemmung, die Erweiterung der Bruchpforte mittelst des Dilatatoriums von Leblanc. Doch spricht er nicht aus Erfahrung, sondern geht mit Richter von der Annahme aus, dass die Mündung des Bruchsackes im Becken ausser dem Bereich des Messers liege.

Scarpa ist der entgegengesetzten Meinung und hält sie für leicht ausführbar, weil die Oeffnung des Bruchsackes sehr tief unten, fast ausserhalb der Beckenhöhle sich befindet. Er gibt den Rath, nachdem der Bruchsack geöffnet ist, den Schnitt von unten nach aufwärts in schräger Richtung gegen die Hüfte zu führen, um bei dem Manne die Verletzung der Harnblase, bei den Frauen die Verletzung der Mutterscheide zu vermeiden.

Die Arterie pudenda externa, deren Stamm an der innern Fläche des Sitzbeins läuft, wird man bei dieser Richtung des Schnittes nicht erreichen. Die Aeste derselben, die in den Schnitt fallen, sind zu unterbinden.

Um dieser Arterie und der Scheidenarterie auszuweichen, räth Cloquet den Einschnitt parallel mit dem aufsteigenden Aste des Sitzbeines zu machen, entweder nach hinten und etwas nach aussen oder nach vorn und etwas schräg einwärts. Bei dieser Richtung des Schnittes muss man aber vorsichtig sein, um die Harnblase nicht zu verletzen.

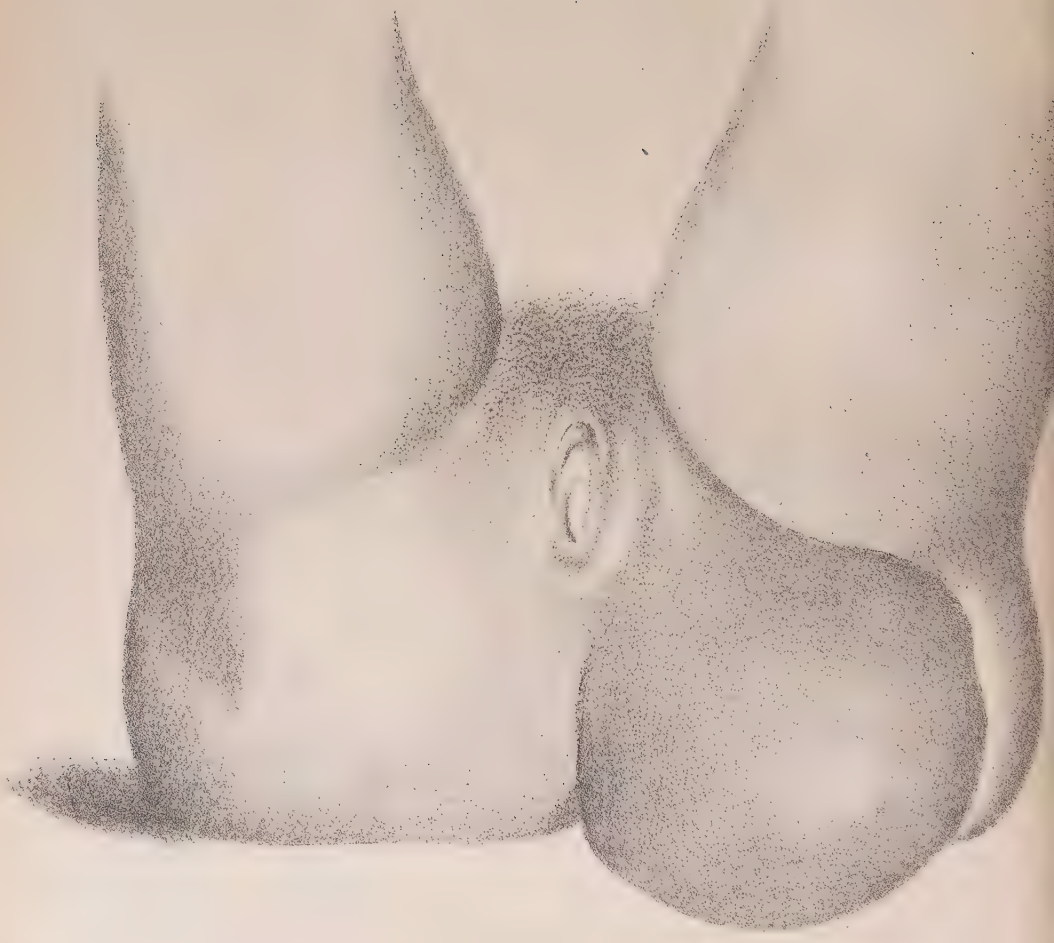
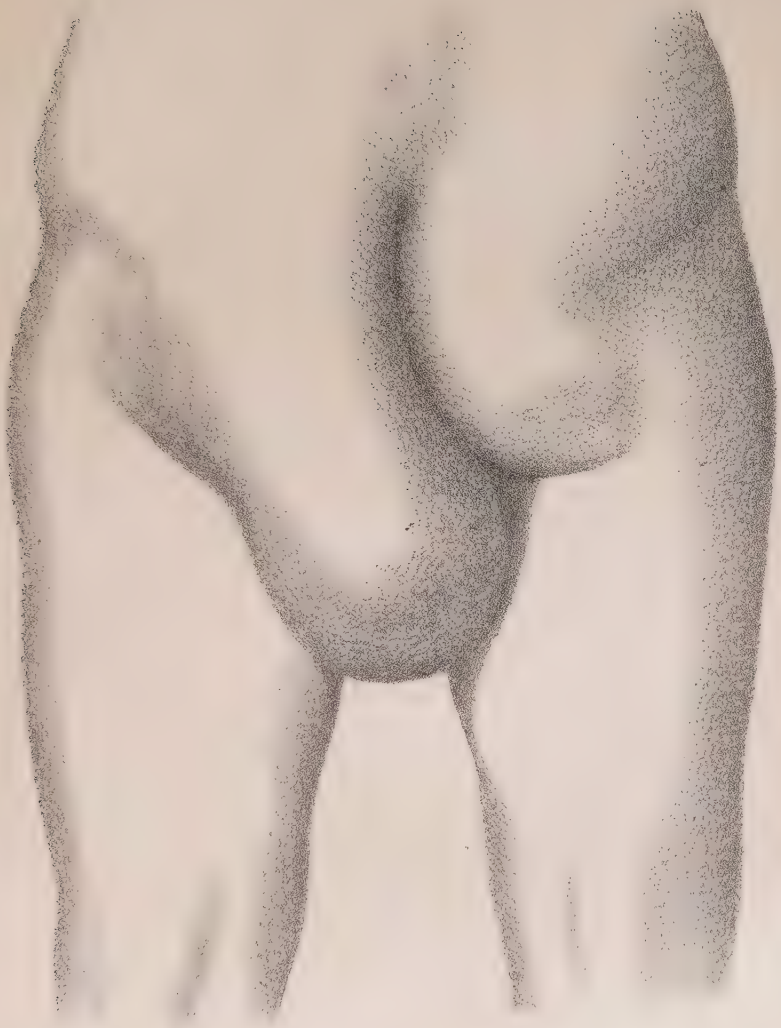
Was nun die Contentionsapparate betrifft, so gebrauchte man zuerst ganz einfach einen Tampon, den man nach Reposition des Bruches mittels einer T-Binde in situ zurückhielt.

Pipelet's Bruchband (l. c.) besteht aus einer cirkelförmigen Bruchbandfeder, von welcher ein lederner Schenkelriemen an der vordern sowohl wie an der hintern Seite, zu der im Mittelfleisch befindlichen Pelotte geht. Da aber letztere bei den Bewegungen des Körpers durch die Schenkelriemen nicht gehörig befestigt war, so änderte Scarpa das Pipelet'sche Bruchband dahin ab, dass er statt des Riemens einer zweiten Feder sich bediente, die ein Cirkelsegment bildet, hinten an der äussern Fläche des Kreuzbeins abwärts läuft und an der Stelle endet, wo sie mittelst einer kleinen

eirunden Pelotte den Grund des Bruches aufwärts pressen soll. Von dem vordern Ende der Pelotte geht ein elastischer Schenkelriemen aufwärts zur Bruchfeder und wird hier befestigt.

Richter (Abhandlung der Brüche, Göttingen 1785) räth bei Weibern ein Pessarium, das die Länge der Mutterscheide hat, von cylindrischer Form, das bis an den Gebärmuttermund reicht und zugleich die hintere Seite der Mutterscheide in ihrer ganzen Länge gegen den Mastdarm drückt. Da es blos darauf ankommt, dass der Cylinder die hintere Seite der Mutterscheide drückt, und ein Druck auf die vordere Seite nicht allein unnöthig ist, sondern auch leicht Urinbeschwerden verursacht, ist der Cylinder hinten und zu beiden Seiten stark convex, vorn aber ganz platt gestaltet.

Bei der Kranken, die der Gegenstand gegenwärtiger Arbeit ist, hat man ein Suspensorium angebracht, weil die Bruchpforte, die sehr gross ist, eine zu grosse Pelotte gefordert hätte, welche bei der geringsten Bewegung sich verschoben hätte.

Und nun zum Schluss sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Doctor Bœckel, welchem ich die Anregung zu dieser Arbeit verdanke und der mir während meiner Assistentenzeit stets durch seine Güte und Wohlwollen freundlichst entgegenkam, so wie auch meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Doctor Lücke für seine freundliche Zuvorkommenheit hier meinen innigsten Dank auszusprechen.

Strassburg, Druck von G. Fischbach. — 3624.